**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ 2024 YILI DİYALİZ EĞİTİM VE RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **KURS BAŞVURU TARİHİ** | **KURS TARİHİ** |
| **Pratisyen Hekim ( 2 kişi)****03.06.2024 / 14.06.2024** | 12.08.2024 / 16.12.2024 |
|  |  |
| **Diyaliz Eğitim Merkezi İletişim Bilgileri (Adres, Telefon)** |  Tel No: 03223386060 Dahili :3187 |
| **GEREKLİ BELGELER** | Başvuru dilekçesi, Diyaliz Eğitim Başvuru Formu, Kurum amirince onaylı diploma örnekleri, Hiçbir yerde çalışmayanlar için bu durumu bildiren belge ve diploma örnekleri, Kurum / Merkez tarafından düzenlenecek gerekçeli ihtiyaç yazısı ile birlikte Çukurova Üniversitesi Hastanesine Başhekimliğine başvurmaları gerekmektedir. |

**2024 YILI DİYALİZ RESERTİFİKASYON SINAV TARİHLERİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **SINAV BAŞVURU TARİHİ** | **SINAV TARİHİ** |
|  08.01.2024 / 22.01.2024 | 01.04.2024 Saat : 09:00 |
|  08.04.2024 / 22.04.2024 | 05.06.2024 Saat : 09:00 |
|  19.08.2024 / 02.09.2024 | 14.10.2024 Saat : 09:00 |
|  01.11.2024 / 15.11.2024 | 27.12.2024 Saat : 09:00 |
| SINAV YERİ | ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ |
| BAŞVURU MERKEZİ | İl Sağlık Müdürlükleri |
| GEREKLİ BELGELER | -Resertifikasyon Başvuru Formu-Sertifika Örneği (Aslı gibidir onaylı)-Nüfus Cüzdanı Fotokopisi |

**Eğitim Merkezi Sorumlusu:**

Adı Soyadı : Prof.Dr.İbrahim KARAYAYLALI

Telefon numarası : 03223386060

E-Posta Adresi : ibrahimk42@gmail.com

**Eğitim Merkezi Sorumlu Hemşiresi:**

Adı Soyadı : Fidan ÇALIŞKAN

Telefon numarası : 03223386060

E-Posta Adresi : fidangules@gmail.com